N° 70

# QUELQUES REMARQUES

SUR

# L'EXTRACTION DU FŒTUS

## EN PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ

### MODE DES FESSES

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 22 Juillet 1898**

PAR


**Paul VAILHÉ**

Né à Cabrières (Hérault), le 30 août 1874

LAURÉAT DU CONCOURS D'EXTERNAT DES HOPITAUX DE LILLE (MÉDAILLE D'ARGENT, 1894-95)
EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON (CONCOURS 19 ET 20 NOVEMBRE 1896)
EX-PROFESSEUR ADJOINT D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE (1897 ET 1898)


**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**


ACAD. LUGD. BAT. BIBL.


La main est le plus beau et le plus utile de tous les instruments.

VIARDEL.


MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Hygiène | MM. BERTIN-SANS. |
| Id. RAUZIER (Ch. du c.) | |
| Clinique médicale | GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol. | GRYNFELTT. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT |
| Botanique et hist. nat. méd. | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Opérations et appareils | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | N... |
| Id. BOSC (Ch. du c.) | |

*Doyen honoraire :* M. MAIRET (✻).
*Professeurs honoraires:* MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. | ESPAGNE, agr. lib. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. BROUSSE | MM. MOITESSIER | MM. VALLOIS |
| LECERCLE | BOSC | MOURET |
| RAUZIER | DE ROUVILLE | DELEZENNE |
| LAPEYRE | PUECH | GALAVIELLE |

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. GRYNFELTT, *président.* | MM. VALLOIS, *agrégé.* |
| FORGUE, *professeur.* | PUECH, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA GRAND'TANTE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

P. VAILHÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRYNFELTT

A TOUS MES MAITRES DES FACULTÉS DE LILLE
ET DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MES AMIS

P. VAILHÉ.

# INTRODUCTION

L'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses, a, de tout temps, préoccupé les accoucheurs ; aussi, les procédés préconisés par les auteurs sont-ils très nombreux. Malheureusement, il se passe ici ce qui se passe pour la plupart des maladies au traitement desquelles concourent de nombreux remèdes : cette richesse en moyens thérapeutiques n'est souvent qu'un indice d'insuffisance. En effet, des nombreuses méthodes proposées, les unes présentent de graves inconvénients pour le fœtus ou sont d'une application difficile ; les autres sont d'un emploi moins dangereux, mais ne donnent pas toujours le résultat cherché. Ces procédés et les critiques dont ils sont passibles, M. le professeur-agrégé Puech, dans son cours du semestre d'hiver, nous les a longuement exposés, lorsqu'il a étudié la dystocie causée par la présentation du siège décomplété, mode des fesses. A cette occasion, nous avons encore entendu notre Maître préconiser un mode d'extraction du siège qui lui a permis dans deux cas d'obtenir le résultat cherché. De là, nous est venue l'idée de ce travail.

Ce n'est pas une étude complète de la présentation du siège, mode des fesses, que nous avons voulu faire ; pas même un exposé détaillé des diverses manœuvres conseillées pour en opérer l'extraction. Tout au plus, avons-nous de quelques-

unes rappelé le manuel opératoire. Au seul examen critique des procédés instrumentaux ou manuels communément employés est consacré notre modeste travail.

Nous avons supposé l'accoucheur aux prises avec une présentation du siège, mode des fesses : la dilatation du col est complète, le siège est plus ou moins engagé dans l'excavation ; pour une raison ou pour une autre, il est indiqué d'en opérer l'extraction. Voilà donc le praticien appelé à choisir entre les divers procédés que lui ont enseignés les classiques. Auquel va-t-il donner la préférence ? Quelles sont les raisons qui peuvent guider son choix ? C'est ce que nous allons chercher à établir.

Dans la première partie de notre étude, nous avons rappelé les circonstances dans lesquelles on était conduit à faire l'extraction du fœtus lorsque le siège décomplété, mode des fesses, se présente.

La seconde partie est tout spécialement consacrée à l'étude des procédés ou pour mieux dire à la critique des procédés tant instrumentaux que manuels qui servent à remplir cette indication.

Sous forme de conclusions, nous avons résumé les principaux points qui nous ont semblé devoir se dégager de notre étude.

Avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur-agrégé Puech tous nos remercîments pour le bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de lui. Nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir bien voulu nous choisir pour exposer son procédé.

Que tous nos Maîtres des Facultés de Lille et de Montpellier, qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, reçoivent l'expression de notre sincère gratitude.

Nous n'aurions garde d'oublier nos Maîtres de l'hôpital d'Avignon. M. le docteur Pamard, chirurgien des hôpitaux, professeur d'accouchements, en nous chargeant de la préparation des élèves sages-femmes, nous a facilité l'étude de l'obstétrique. Nous ne saurions oublier ses excellentes leçons, ni les marques de sympathie dont il nous a toujours entouré. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

M. le docteur Blanc et MM. les médecins-majors Alphant et Goüell ont été pour nous des Maîtres pleins de bienveillance. Nous les en remercions bien sincèrement.

Dans les relations que nous avons eues avec MM. les docteur Cassin, Carre, Taulier, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur bonté et de leurs excellents conseils.

Nous remercions aussi M. le docteur Guérin, chef de clinique obstétricale, pour l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

Que M. le professeur Grynfeltt veuille bien agréer toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0131

# QUELQUES REMARQUES

SUR

# L'EXTRACTION DU FŒTUS

## EN PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ

### MODE DES FESSES

---

## CHAPITRE PREMIER

On définit la présentation du siège décomplété, mode des fesses, une variété de la présentation de l'extrémité pelvienne, dans laquelle les membres inférieurs sont relevés le long du plan antérieur du fœtus, les pieds arrivant à la hauteur du cou.

Assez souvent l'accouchement se termine par les seuls efforts de la nature ; mais les cas sont aussi très nombreux qui nécessitent l'intervention de l'accoucheur : c'est qu'en effet, cette présentation est souvent en elle-même une cause de dystocie.

Cela est si vrai que, de tout temps, cette présentation a préoccupé les accoucheurs. Mauriceau (1) qualifiait l'accouchement par le siège d'accouchement contre nature. Sans être

---

(1) Mauriceau.— *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées,* livre II, chapitre XI, page 267, 6e édition, Paris.

aussi pessimiste, M. le professeur Tarnier (1) nous dit : « C'est surtout pour le fœtus que l'accouchement par l'extrémité pelvienne doit être redouté. Le pronostic est encore plus grave lorsque le fœtus se présente par les fesses ; souvent l'intervention de l'art est nécessaire, et cette intervention est elle-même pleine de difficultés ». Nombreux sont aussi les faits cliniques qui viennent à l'appui de cette assertion ; nous ne saurions mieux faire que de citer quelques chiffres.

Dans la statistique que nous empruntons à la thèse de M. le docteur Mantel (2), concernant 110 accouchements par le siège décomplété, mode des fesses, dont 54 primipares et 56 multipares, on trouve :

A. — Au point de vue de la mortalité :

1° Chez 54 primipares :

Trois enfants morts pendant le travail ou pendant les 48 premières heures.

Un macéré.

Six enfants nés en état de mort apparente.

2° Chez 56 multipares :

Six enfants nés pendant le travail ou pendant les 48 premières heures.

Quatre macérés.

Cinq enfants nés en état de mort apparente.

B.— Au point de vue de l'intervention :

1° Chez 54 primipares :

Neuf interventions se décomposant ainsi :

| | |
|---|---|
| Extraction simple . . . . | 6 fois. |
| Manœuvre avec lacs. . . . | 1 — |
| Abaissement d'un pied. . . | 2 — |

(1) Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, Paris, 1882, pages 669 et 700.

(2) Thèse de doctorat, Paris 1888-1889.

2° Chez 56 multipares :

Six interventions.

| | |
|---|---|
| Extraction simple. . . . . | 5 fois |
| Manœuvre avec lacs. . . . . | 1 — |

Quelles sont les causes de cette dystocie? Pour que l'engagement ait lieu, il faut que le tronc du fœtus s'infléchisse fortement, afin de s'adapter à la courbure de l'excavation pelvienne. Au moment du dégagement, cette inflexion doit encore s'accentuer pour permettre à la hanche antérieure de se dégager derrière la symphyse pubienne, tandis que la hanche postérieure descend sur le plancher périnéal. Dans le siège décomplété, mode des fesses, ce mouvement d'inflexion si important se produit très difficilement, et c'est à M. Tarnier que revient le mérite d'en avoir donné la raison : les membres inférieurs relevés au-devant du plan antérieur du fœtus forment attelles et maintiennent rigide sa colonne vertébrale. Dès lors, comment cette tige droite, rigide, pourrait-elle parcourir la courbure de l'excavation? On voit bien les fesses du fœtus déprimer et creuser fortement le périnée à chaque contraction utérine, mais elles n'ont aucune tendance à se porter en avant pour se dégager.

Une autre cause inhérente à la présentation elle-même est la suivante : par suite du relèvement des membres inférieurs au-devant du plan antérieur du fœtus, la présentation est trop peu volumineuse pour combler entièrement l'excavation ; aussi la dilatation de l'orifice utérin est-elle lente à se faire ; et, par suite, le travail n'avance pas, ce qui nécessite souvent une intervention ; de plus, la poche des eaux est volumineuse, saillante, et au moment de sa rupture, le cordon peut être entraîné et devenir procident, ce qui est encore une indication de faire l'extraction le plus rapidement possible.

La fréquence des anomalies de rotation qui porte le sacrum,

soit directement en arrière, soit directement en avant, donnant lieu aux sacro-pubiennes et aux sacro-sacrées, très défavorables par elles-mêmes, vient s'ajouter aux autres causes de dystocie.

Un fœtus volumineux, chez une primipare, à tissus fermes, résistants, a nécessité, dans plusieurs cas, l'intervention de l'accoucheur.

Ces causes de dystocie étant écartées, il peut encore se présenter des cas qui réclament une extraction rapide du fœtus ; l'accouchement paraît suivre sa marche normale, l'inflexion latérale du tronc s'effectue suffisamment, et tout fait prévoir une expulsion spontanée, lorsque survient une complication grave intéressant la mère ou le fœtus : du côté de la mère, c'est une hémorragie inquiétante, une attaque d'éclampsie ; du côté du fœtus, des signes de souffrance.

En résumé, l'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses, peut s'imposer dans deux conditions bien différentes : dans le premier cas, c'est la dystocie spéciale à la présentation qui commande l'intervention ; dans le second cas, c'est une complication menaçant la vie de la mère ou celle de l'enfant.

Les méthodes qui ont été préconisées sont nombreuses, et c'est à leur étude que nous allons consacrer le chapitre suivant.

Nous les diviserons en procédés instrumentaux et procédés manuels.

# CHAPITRE II

## A. — Procédés instrumentaux

Il sont au nombre de trois : le forceps, le crochet, le lacs.

*Forceps.* — Bien que construit pour être spécialement appliqué sur la tête du fœtus, le forceps a été conseillé dans la variété mode des fesses de la présentation du siège. Levret l'avait déjà préconisé, et Pajot l'admettait, mais seulement quand l'enfant est mort. Le premier, M. Tarnier, a recommandé l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne d'un enfant vivant (Maygrier) (1).

Quels sont les reproches que l'on peut adresser au forceps ? On a reproché au forceps de déraper et de produire sur le fœtus des lésions graves, telles que fractures des crêtes iliaques, compression des organes abdominaux. Nous savons que déjà, depuis longtemps, Jacquemier (2) avait fait justice de la seconde accusation ; dans ses expériences, confirmées par Ballochi (3), il a démontré que, tout au plus, il était arrivé à dislo-

---

(1) Maygrier. — *Leçons de cliniques obstétricales*, Paris, 1893, p. 195.

(2) Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, t. II, p. 442, Paris, 1846.

(3) Ballochi. — *Ostetricia per gli studenti di medicino*, Milano, 1871, p. 723.

quer l'épiphyse marginale de la crête iliaque. Plus près de nous, Olivier (1), dans sa thèse inaugurale, conclut, d'une série d'expériences, que le forceps n'est pas dangereux pour l'enfant; l'autopsie des fœtus ne lui a pas révélé la moindre lésion, soit du bassin, soit des viscères abdominaux. Sans s'exagérer la fréquence de ces accidents, il faut cependant tenir compte des faits signalés par des accoucheurs tels que Baudelocque (2), Velpeau (3), Mme Lachapelle (4).

Pour éviter le glissement du forceps, Olivier donne bien le conseil d'appliquer les cuillers, non sur les crêtes iliaques, mais sur le cône formé par les membres inférieurs relevés sur le plan antérieur du fœtus. Malgré cette précaution, ses observations cliniques nous montrent trois échecs complets et deux cas dans lesquels on a dû faire deux essais successifs. En effet, fréquemment, le forceps se déplace et tourne autour du fœtus de telle façon qu'il en saisit encore le bassin et l'abdomen.

Si, comme nous venons de le voir, il ne faut point s'exagérer la fréquence des lésions graves que pourrait déterminer le forceps, telles que compression et déchirure des viscères abdominaux, fractures du bassin, etc., il faut savoir cependant que le forceps ainsi disposé fait courir des dangers au fœtus : avec les cuillers saisissant le bassin et l'abdomen, on court grand risque de comprimer le cordon ombilical qui se trouve dans leur voisinage et, par conséquent, de déterminer la mort de l'enfant.

---

(1) Olivier. — Thèse de doctorat, Paris, 1883.

(2) Baudelocque. — *L'Art des accouchements*, t. I, p. 447, Paris, 1781.

(3) Velpeau. — *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, t. II, p. 764, Paris, 1823.

(4) Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, t. II, Paris, 1821-1825.

Ainsi s'explique pourquoi bon nombre d'accoucheurs n'acceptent l'application du forceps sur le siège, mode des fesses, qu'à titre d'exception lorsque les autres moyens ont échoué, ou, comme Levret et Pajot, lorsque l'enfant a succombé.

*Crochet.* — Le crochet est certainement le plus puissant moyen d'extraction du siège; c'est un procédé qui permet d'extraire le fœtus à coup sûr, à moins de résistances tout à fait anormales. Et cependant les accoucheurs sont presque unanimes à repousser le crochet, dans le cas du moins où l'enfant est vivant. Pourquoi donc cet ostracisme à l'égard d'un instrument dont nous venons d'affirmer la puissance d'action? C'est que le crochet, s'il permet d'exercer des tractions très énergiques, détermine bien souvent de graves lésions du côté des parties molles du pli de l'aine et aussi du côté du squelette fœtal. Ainsi, sur quatre expériences, Olivier a produit deux fois une fracture du fémur, une seule fois le fœtus ne présentait pas de lésion et, dans la quatrième expérience faite avec le crochet angulaire de Burton, on trouvait, au niveau de l'extrémité supérieure de la cuisse gauche, une plaie comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané longue de deux centimètres.

Dans une observation de Bar, publiée dans la thèse d'Olivier, le crochet mousse qui termine les branches du forceps Levret perfora l'artère fémorale et l'enfant succomba à l'hémorragie.

Il nous serait d'ailleurs facile de rapporter de nombreux exemples des lésions du fœtus dues au crochet. Qu'il nous suffise de consigner, ici, l'observation suivante inédite, qui nous a été communiquée par M. le professeur-agrégé Puech.

## Observation Première

(Inédite)

Communiquée par M. le professeur-agrégé Puech.

Extraction du fœtus en présentation du siège, mode des fesses. — Siège enclavé dans l'excavation pelvienne. — Echec de la manœuvre de Pinard. — Echec des tractions inguinales classiques. — Dangers du crochet.

M. S..., 33 ans, domiciliée dans un village du Gard, voisin du département de l'Hérault. Troisième grossesse à terme.

Les deux premières grossesses ont évolué normalement et se sont heureusement terminées par la naissance d'enfants vigoureux et bien portants.

Le 30 octobre 1893, dans la nuit, apparition des premières douleurs. De bonne heure, le 31, rupture spontanée des membranes. La sage-femme ayant reconnu une présentation du siège, fait appeler le médecin de la localité, qui, dans le but d'accélérer le travail, administre du seigle ergoté. Douleurs fortes, mais aucun progrès dans la descente de la partie fœtale.

Vers les 10 heures du matin, la dilatation étant complète, un second confrère, qu'on avait fait venir du village voisin, tente à plusieurs reprises d'opérer l'extraction du fœtus avec la main ; mais ses manœuvres n'aboutirent pas. Les précautions antiseptiques ont été complètement négligées.

A 3 heures de l'après-midi, je me trouve avec mes deux confrères auprès de la parturiente : peau chaude ; pouls rapide. Les cris sont presque continuels ; les douleurs paraissent très fortes.

L'exploration de l'abdomen décèle un utérus absolument dur, à travers lequel il est impossible de reconnaître l'attitude du fœtus.

Auscultation négative. Au toucher, on sent le vagin chaud et sec, et on reconnaît très aisément une présentation du siège décomplété, mode des fesses, en position gauche, variété antérieure. La partie fœtale, encore élevée au-dessus du plancher périnéal, obture toute l'excavation, dans laquelle elle est fortement enclavée.

Après avoir fait mettre la femme en position obstétricale et pratiqué la toilette des organes génitaux externes un peu meurtris par les précédentes tentatives d'extraction, j'essayais avec la main gauche d'abaisser le pied antérieur suivant le procédé enseigné par M. Pinard, et dont M. Potocki recommandait à ce moment même l'emploi dans le cas où le siège est profondément engagé dans l'excavation. Mais, en raison sans doute de la rétraction considérable de l'utérus, l'index et le médius de la main gauche, péniblement glissés jusqu'au contact du creux poplité, ne purent parvenir à fléchir la jambe sur la cuisse.

Je tentai, sans plus de succès, les tractions inguinales : mon index atteint avec peine le pli de l'aine antérieure, mais ne peut s'y bien recourber en crochet pour y prendre un appui suffisant.

L'enfant étant mort, je m'adressai finalement au crochet du forceps. Celui-ci, introduit sans difficulté entre les cuisses du fœtus, est conduit sur le pli de l'aine antérieure, qu'il embrasse complètement. Grâce à cette prise solide, le siège est bientôt entraîné au dehors ; abaissement pénible des bras qui sont relevés ; la tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant, mort, est un gros garçon, dont j'ai évalué approximativement le poids à plus de 4 kilos. Il a, d'ailleurs, de qui tenir : si la mère est une femme de taille et de complexion moyennes, le père, un boucher, présente une corpulence remarquable.

En examinant avec soin le petit cadavre, je pus constater

que le crochet du forceps *avait déterminé, au niveau du pli de l'aîne et parallèlement à ce pli, une plaie longue et profonde intéressant les téguments et les tissus sous-jacents.*

J'ai su, par la suite, que la femme, après avoir présenté les premiers jours quelques phénomènes fébriles, s'était cependant remise assez vite.

Ces lésions observées du côté du fœtus, si fréquentes et parfois si graves, sont suffisantes pour légitimer l'abandon presque général du crochet en dehors des cas où il s'agit de procéder à l'extraction du fœtus mort.

Il est bon encore de savoir que, nuisible pour l'enfant, le crochet peut aussi exposer la mère à de dangereux traumatismes. Son application ne s'effectue pas, en effet, dans tous les cas, sans difficultés. Et l'on conçoit très bien qu'au cours des manœuvres, parfois pénibles, destinées à conduire l'instrument par-dessus la racine de la cuisse du fœtus, sur laquelle il prend point d'appui, son extrémité ait pu atteindre et léser quelque point du canal génital.

*Lacs.* — Considéré en lui-même, le lacs serait un excellent moyen d'extraction du siège. Dans ses expériences, M. Olivier a démontré comment le lacs agissait au mieux appliqué sur l'aine antérieure, quand le sacrum regarde en avant, et comment il permet de tirer en même temps suivant l'axe longitudinal du fœtus et suivant celui des voies génitales. Dans les sacro-postérieures il expose davantage à la fracture du fémur, les tractions étant perpendiculaires à l'axe de cet os.

On a bien reproché au lacs de produire des lésions des parties molles du pli de l'aine ; mais cet accident pourrait être facilement évité en faisant choix d'un lacs convenable. Rappelons que M. le professeur Tarnier recommandait tout particulièrement la mèche de fumeur chinée.

En somme, les mêmes méfaits signalés à l'actif du crochet sont aussi imputables à l'emploi des lacs. Hâtons-nous cependant de faire remarquer que ces accidents ont bien moins de chance de se produire avec le lacs qu'avec le crochet. L'on peut être assez souvent assuré d'extraire avec succès le fœtus, lorsqu'on aura réussi à porter le lacs sur le pli de l'aine.

Mais justement le plus grand reproche à adresser au lacs, croyons-nous, est la difficulté de son application. Sans doute, avec un porte-lacs perfectionné comme celui de M. Olivier ou de M. Rémy, on peut arriver à placer le lacs sans trop de difficultés. Mais l'accoucheur aura-t-il toujours ces instruments sous la main ? Nous ne le pensons pas. C'est avec le doigt qu'il devra porter le lacs. On arrivera facilement à insinuer l'extrémité du lacs derrière la symphyse pubienne jusqu'au pli de l'aine, mais lorsque avec l'index et le médius de l'autre main dirigés dans le sillon inter-crural, on voudra le saisir pour l'attirer en bas, on échouera dans bien des cas, pour peu que le siège soit encore élevé, que le fœtus soit volumineux et fortement tassé dans le bassin, que l'utérus soit rétracté. Notre observation III fournit un exemple de ces difficultés.

De cette revue rapide des procédés instrumentaux on peut conclure que forceps, crochet, lacs, sont de bons et même de puissants moyens d'extraction, mais qu'ils présentent de grands inconvénients, soit par les lésions produites sur le fœtus, soit par leur application difficile. On devra donc toujours donner la préférence aux procédés manuels que nous allons décrire : la main nue est un instrument conscient qui dirige et calcule au mieux la force déployée et qui l'applique avec le moins de risques possibles pour les tissus de la mère et de l'enfant.

Nous ne voulons pas, toutefois, repousser complètement les procédés instrumentaux du traitement de la présentation du

siège, mode des fesses. Nous pensons, au contraire, qu'on est autorisé à les employer, mais seulement quand les procédés manuels auront échoué ou lorsqu'on aura affaire à un fœtus mort. Dans ce dernier cas, on pourrait donner la préférence au crochet, le plus puissant des trois. On pourra même se servir du cranioclaste ou du basiotribe, comme l'a fait avec succès dans un cas M. Ribemont-Dessaigne.

### B. — Procédés manuels

Nous ne nous arrêterons pas à discuter longuement la *manœuvre de Ritgen*, qui consiste à repousser vers l'orifice vulvaire le siège du fœtus, en appuyant sur lui, à travers la paroi antérieure du rectum, avec deux doigts introduits profondément dans l'anus de la femme. Cette manœuvre sera bien souvent insuffisante ; en outre, on devra craindre, si on ne procède pas avec de grands ménagements, de léser la muqueuse du rectum.

Nous en dirons autant de la *manœuvre bi-rectale*, proposée par le docteur Bitôt, de Bordeaux : elle consiste dans l'emploi de la manœuvre de Ritgen, combinée avec l'introduction d'un doigt de l'autre main dans l'anus de l'enfant.

Des procédés manuels, nous retiendrons seulement la manœuvre de Pinard et les tractions inguinales. C'est dans cette catégorie que rentre le procédé de M. Puech, par la description duquel nous terminerons notre étude.

*Manœuvre de Pinard.* — L'abaissement du pied par la méthode de Pinard constitue le procédé de choix.

En quelques mots, rappelons-en le manuel opératoire : une main, celle dont la face palmaire regarde le plan ventral du

fœtus, est introduite tout entière dans les voies génitales ; de cette main, l'index et le médius montent le long de la cuisse antérieure jusqu'à ce que leur extrémité arrive au creux poplité ; à ce point, le bout des doigts appuie fortement sur le jarret, ce qui rapproche la cuisse de l'abdomen et la fléchit au maximum. Par suite de l'exagération de la flexion fémorale et de la pression des doigts, les muscles ischio-jambiers distendus fléchissent la jambe relevée et amènent sa chute spontanée. Il n'y a plus, dès lors, qu'à saisir le pied et à l'attirer au dehors.

On a donc converti la présentation du siège décomplété, mode des fesses, en présentation du siège partiellement décomplété, mode des pieds. L'accoucheur a maintenant à sa disposition un tracteur solide et commode qui lui permettra d'opérer l'extraction du fœtus, quand il le jugera convenable. Et, de plus, en supprimant une des attelles, formées par les deux membres inférieurs relevés au-devant du plan antérieur du fœtus, on facilite singulièrement l'inflexion latérale du tronc et, par suite, l'extraction devient plus commode.

Mais, ce procédé est-il applicable à tous les cas ? Réussira-t-il aussi bien, quand le siège est dans l'excavation, au détroit inférieur ou au détroit supérieur ?

Quand le siège est au-dessus du détroit supérieur, son exécution est, en général, très facile et donne toujours plein succès à l'accoucheur. Il suffit souvent d'une pression modérée sur la face postérieure de la cuisse pour amener la flexion de la jambe et la chute du pied qui tombe ainsi sur la main de l'accoucheur. L'abaissement du pied n'offre aucune difficulté. On le conçoit sans peine, l'évolution du membre inférieur s'effectuant dans l'intérieur de la cavité utérine.

Avec un siège légèrement engagé, on se trouve encore dans les mêmes conditions de succès, parce que la main de l'opérateur repousse facilement la présentation au-dessus du détroit supérieur.

Mais lorsque le siège est engagé, qu'il est impossible de refouler la présentation, l'abaissement du pied doit-il être tenté ?

Mme Lachapelle (1) écrivait que « vouloir extraire le pied quand les hanches ont franchi le détroit supérieur, c'est vouloir renouveler les accidents arrivés à Peu et à Mauriceau ; tous deux fracturèrent la cuisse sur laquelle s'étaient dirigés leurs efforts ».

Dans les conclusions de sa thèse inaugurale sur l'abaissement du pied par la méthode du professeur Pinard, M. Mantel rejette formellement l'emploi de cette manœuvre, dans tous les cas où le siège a franchi le détroit supérieur.

A l'heure actuelle, M. Pinard et ses élèves s'accordent à dire que l'abaissement du pied par le procédé Mantel-Pinard est toujours applicable, quel que soit le degré d'engagement. C'est ce qu'a notamment démontré M. Potocki, dans un travail paru en 1893, dans les *Annales de Gynécologie*. Il apporte à l'appui de son dire des expériences, des mensurations et des observations cliniques.

Ses expériences ont été faites, soit avec le mannequin de Pinard et Budin, soit avec deux bassins de femmes mortes en couche dont il avait enlevé l'utérus ; il engageait profondément un fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses, et quel que soit le degré d'engagement, il est toujours parvenu à abaisser le pied avec facilité, le fémur se défléchissant dans l'excavation sans y rencontrer d'obstacle.

Ses mensurations, relevées sur une série de fœtus de différents poids, ont montré à M. Potocki que la longueur du fémur est toujours inférieure au plus grand diamètre du détroit supérieur et de l'excavation, et que, par conséquent, l'abaissement du pied est toujours possible, théoriquement.

---

(1) Mme Lachapelle. *Loc. cit.*, page 67 et suivantes.

La pratique est venue démontrer le bien fondé de ces assertions; en effet, sur 36 observations, nous relevons 6 cas de siège à peine engagé avec 5 enfants vivants et 1 mort (hydrocéphale); 5 cas de siège engagé, 4 enfants vivants (1 mort, pied abaissé avant la dilatation complète); 11 cas de siège très engagé, 11 enfants vivants.

Nous n'ignorons pas qu'à la même époque, dans un article de la *Semaine Médicale* du 16 août 1893, M. le docteur Bonnaire s'est efforcé de démontrer que l'évolution du fémur est impossible lorsque le siège est engagé. Lui aussi s'appuie sur des mensurations relevées sur une série de fœtus, mensurations différentes de celles données par M. Potocki.

Nous ne voulons pas entrer dans la discussion des chiffres relevés par eux ; nous n'avons pas eu, d'ailleurs, le temps d'en vérifier l'exactitude. Qu'il nous suffise, sans sortir du terrain clinique sur lequel nous nous sommes placé, de constater que les faits sont assez nombreux, à l'heure actuelle, pour mettre hors de doute la possibilité de l'abaissement du pied par la manœuvre de Pinard, alors cependant que le siège est déjà profondément engagé dans l'excavation.

Ces faits nous permettent aussi une constatation importante : efficace et possible, l'abaissement du pied, suivant la méthode de Pinard, est sans danger pour la mère et pour l'enfant. Dans la statistique de M. le docteur Potocki, nous relevons 11 cas dans lesquels l'abaissement du pied a été pratiqué alors que le siège se trouvait très engagé, et dans ces 11 cas on a pu extraire les enfants vivants sans la moindre lésion.

Mais nous sommes bien loin de croire que la manœuvre de Pinard réussira toujours. Que l'abaissement du pied soit possible, quel que soit le degré d'engagement du siège, les observations de M. Potocki en sont une preuve indubitable ; que la manœuvre de Pinard doive être tentée dans la plupart des cas, c'est la conclusion qui découle naturellement de ce que

nous venons de dire touchant les avantages et l'innocuité du procédé. Malheureusement, il en est de cette méthode comme de toutes les méthodes thérapeutiques, comme de toutes les opérations. Comme les plus parfaites, comme les mieux réglées, elles ne peuvent pas ne pas donner des mécomptes. Il faut donc s'attendre à avoir des insuccès, soit parce que le siège du fœtus sera fortement enclavé dans l'excavation, soit que la poche des eaux sera évacuée depuis longtemps et l'utérus fortement rétracté, soit enfin en raison du volume parfois considérable du fœtus.

D'ailleurs les observations sont là, qui, mieux que les théories, démontrent que ces craintes ne sont nullement chimériques. Ainsi dans l'observation I^re^, rapportée plus haut, M. Puech ne put parvenir à fléchir la jambe sur la cuisse, le siège étant fortement enclavé dans l'excavation, et la rétraction de l'utérus considérable, la poche des eaux étant rompue depuis plusieurs heures ; de plus l'enfant était volumineux, puisque son poids a été évalué approximativement à plus de 4 kilog.

De même, échec complet de la manœuvre de Pinard, malgré plusieurs tentatives, dans l'observation III, comme dans les observations IV et V : le siège était à mi-excavation et l'utérus complètement vide d'eau.

L'observation que nous transcrivons ci-dessous fournit encore un exemple d'échec de la manœuvre de Pinard.

### Observation II

(Inédite)

Communiquée par M. le professeur-agrégé Puech.

Extraction du fœtus en présentation du siège, mode des fesses. — Echec de la manœuvre de Pinard, malgré plusieurs tentatives. — Succès des tractions inguinales classiques.

Le 11 août 1895, à 10 heures du matin, je suis appelé, en l'absence de la sage-femme qui devait l'assister, auprès de

Mme D..., âgée de 25 ans, primipare, arrivée au terme de sa grossesse et en travail depuis le matin 6 heures. Pas d'antécédents à signaler. La grossesse a évolué très normalement.

En pratiquant le toucher vaginal, on constate que le col est dilaté comme une pièce de 2 francs ; la partie fœtale amorcée au détroit supérieur laisse mal reconnaître ses caractères. Pas de promontoire. Par le palper, on sent la tête au fond de l'utérus et à droite, et à son voisinage des parties fœtales qui sont les pieds. Le dos est tourné à gauche. Bruits du cœur au voisinage de l'ombilic.

L'utérus étant vide d'eau (la poche des eaux s'est rompue peu après le début du travail) et les douleurs se produisant assez fréquemment, je ne pouvais songer à transformer, par manœuvres externes, la présentation du siège en présentation du sommet. J'abandonnai donc cet accouchement à la nature, me réservant de pratiquer l'abaissement prophylactique du pied, quand la dilatation serait suffisante.

A 2 heures de l'après-midi, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs ; la partie fœtale est descendue dans l'excavation : c'est bien un siège, mode des fesses, en S. G. A. Douleurs très fréquentes, mais de courte durée.

A 5 heures, la dilatation étant à peu près complète et le siège situé à mi-excavation, je tentai, après anesthésie, d'abaisser le pied antérieur suivant la méthode préconisée par le professeur Pinard. Mes tentatives renouvelées restèrent sans résultats. On laisse la femme se réveiller. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent parfaitement.

A 7 h. 1/2, les douleurs ralenties jusque-là reprennent assez vives ; le siège finit de parcourir l'excavation, et à 9 h. 1/2, il appuie sur le plancher périnéal. Mais, arrivé là, il s'immobilise, la hanche antérieure se montrant un peu à la vulve au moment d'une contraction, puis disparaissant une fois la con-

traction passée. Les bruits du cœur sont toujours bons ; le méconium a été presque totalement expulsé.

Devant l'impuissance des contractions utérines, je me décide à intervenir. La femme est mise en position obstétricale. Accrochement de l'aine antérieure avec l'index de la main droite. Quand la fesse est sous le pubis, je substitue à l'index droit l'index gauche pour maintenir le résultat acquis ; et, avec la main droite, je vais accrocher l'aine postérieure. Tractions au moment des douleurs ; le siège est amené au dehors.

Anse au cordon. Abaissement des bras relevés. La tête, sur laquelle un aide a exercé des pressions à travers la paroi abdominale, est extraite par la manœuvre de Mauriceau, très facilement, sans la moindre violence.

L'enfant, une fille, de moyen volume, crie presque aussitôt après sa naissance.

Suites de couches apyrétiques.

Résumons brièvement notre opinion sur la manœuvre de Pinard : c'est un procédé simple, à la portée de tous les praticiens, susceptible de donner d'excellents résultats dans tous les cas de siège décomplété, mode des fesses, quel que soit le degré d'engagement, ne faisant courir aucun risque à la mère et à l'enfant. Sauf le cas où le siège est déjà dans le bassin mou et où le pli de l'aine s'offre pour ainsi dire au doigt, qui va facilement s'y glisser et y prendre un point d'appui suffisant, la manœuvre de Pinard devra toujours être essayée avant tout autre procédé.

*Tractions inguinales.* — Prendre un point d'appui sur le pli inguinal pour extraire le siège, non plus avec les crochets ou avec les lacs, mais avec le doigt, instrument intelligent, de manœuvre facile, et toujours à portée, constitue une méthode qui se présente naturellement à l'esprit de l'accoucheur. La

main, comme le remarquait Viardel (1671), n'est-elle pas, en effet, « le plus beau et le plus utile de tous les instruments ? » Avec l'index replié en crochet, l'accoucheur ira accrocher l'aine antérieure et, en tirant en bas et en arrière, il abaissera la hanche antérieure jusqu'à ce qu'elle se dégage au niveau de la vulve. Puis, ce résultat obtenu, il enfoncera l'index en arrière, de manière à ce qu'il pénètre dans le pli de l'aine postérieure pour l'accrocher solidement. Il tirera alors à peu près horizontalement, de telle sorte que la fesse postérieure viendra en avant se dégager et passera le détroit coccy-pubien suivie du grand trochanter. Telle est, dans ses grandes lignes, la manœuvre classique des tractions inguinales.

On a reproché à ce procédé de produire des lésions des parties molles par la compression qu'exerce le doigt au niveau du pli de l'aine. Chantreuil et Belluzi ont observé la production de plaques gangréneuses et d'un phlegmon diffus. Dans une observation de Labat, rapportée dans la thèse d'Olivier, il y avait une éraillure de la peau et il survint, tout au tour, de l'empâtement ; qui ne disparut qu'au bout de quelques jours.

On a aussi accusé les tractions inguinales de ne pas permettre des tractions vigoureuses et continues, le doigt manquant de force et se fatiguant rapidement.

On a dit aussi que le doigt est parfois trop volumineux pour pouvoir s'insinuer dans un pli fermé, comme cela existe pendant l'accouchement, quand il y a application étroite de la cuisse contre la paroi abdominale (Rémy) (1).

Mais la principale objection que l'on doive faire à ce procédé, c'est qu'il n'est applicable qu'à un nombre relativement restreint de cas. Pour réussir avec le doigt crochetant l'aine antérieure, suivant le mode classique, il est indispensable que le

---

(1) *Médecine opératoire obstétricale.* Paris, 1893, p. 134.

siège soit profondément engagé, au point que le pli de l'aine dépasse, ou tout au moins affleure le bord inférieur de la symphyse pubienne. Alors, rien de plus facile d'introduire l'index dans le pli inguinal et de le recourber en crochet, ce qui permet des tractions suffisamment vigoureuses pour extraire le siège. Notre observation II fournit un exemple de la nécessité de cet engagement profond du siège pour que les tractions inguinales puissent être mises utilement à profit.

C'est qu'en effet, et nous insistons sur ce point, pour que la prise soit solide et l'action du doigt efficace, il faut arriver à insinuer au moins deux phalanges.

Quand donc le siège est encore élevé au-dessus du plancher périnéal, on arrivera bien, avec la pulpe du doigt, jusque sur le pli de l'aine, mais quand on voudra le recourber en crochet, on ne pourra y réussir, la longueur du doigt étant insuffisante. Et, même parviendrait-on à fléchir la troisième phalange sur la seconde que le crochet ainsi formé serait insuffisant, et à la moindre traction, la phalange se défléchirait ; pour former un crochet solide permettant des tractions vigoureuses, il faut que l'on puisse fléchir la seconde phalange sur la troisième ; ce qui n'est pas possible ou tout au moins très difficile, pour peu que le siège soit encore élevé. La démonstration de ce fait établie par l'observation II l'est aussi par notre observation première. M. Puech nous dit : « Je tentai sans plus de succès les tractions inguinales ; mon index atteignit avec peine le pli de l'aine antérieure, mais ne put s'y recourber en crochet pour y prendre un appui suffisant. »

*Accrochement bi-digital* (Procédé de M. Puech). — L'accoucheur se trouvera donc en présence de cas dans lesquels l'engagement du fœtus, suffisant pour rendre malaisée l'exécution du procédé de Pinard, n'est pas néanmoins assez prononcé pour permettre une saisie efficace du pli de l'aine avec le doigt dis-

posé suivant le mode ordinaire. C'est dans ces cas que la manœuvre de M. le docteur Puech trouvera ses indications ; comme on le verra par la lecture de l'observation III, c'est d'une manière toute fortuite que M. le professeur-agrégé Puech fut amené la première fois à exécuter ce procédé.

En voici la description très simple :

Soit une sacro-iliaque gauche antérieure. L'index de la main droite, dont la paume regarde naturellement le dos du fœtus, est introduit sur le côté, au contact de la fesse antérieure du fœtus ; puis d'arrière en avant, relativement au fœtus, il est conduit entre le pubis et la fesse antérieure jusqu'au niveau du pli inguinal ; là il est enfoncé aussi profondément que possible, de telle sorte que son extrémité dépasse un peu le pli de l'aine. Tandis que le doigt qui vient d'opérer reste dans cette position, l'index de l'autre main est glissé derrière la fesse antérieure, dans le sillon intercrural, où on le pousse encore profondément jusqu'à ce que son extrémité atteigne à son tour et dépasse même un peu le pli de l'aine. Recourbant alors légèrement les deux extrémités des doigts à la rencontre l'un de l'autre, on les accole énergiquement par dessus le pli de l'aine. Ainsi se trouve constituée une anse digitale embrassant solidement la racine de la cuisse.

Nous nous trouvons dès lors en possession d'un moyen permettant des tractions suffisantes. Ce qui en constitue surtout la supériorité sur l'ancien procédé, c'est qu'il est applicable alors que le siège est encore relativement élevé ; tandis qu'avec le procédé classique, il est nécessaire pour avoir une prise solide que l'extrémité de l'index dépasse le pli inguinal de la longueur des deux dernières phalanges ; avec le procédé de M. Puech, il suffit que les extrémités des index dépassent légèrement le pli de l'aine, de manière à s'accoler l'une à l'autre. On gagne ainsi facilement deux à trois centimètres en hauteur, ce qui, par conséquent, permet d'extraire un fœtus

encore assez élevé dans l'excavation, pour rendre impossible ou difficile le procédé ordinaire.

Point n'est besoin de faire remarquer que ce *lacs digital*, comme M. Puech l'appelait dans son cours, sentant les pressions qu'il exerce sur les parties fœtales, saura les rendre suffisamment douces pour que toute lésion grave soit évitée.

Que vaut le procédé ? Quelle place doit-on lui donner dans la pratique de l'extraction du siège décomplété, mode des fesses ? Nous allons essayer de le demander aux observations.

### Observation III

(Inédite)

Communiquée par M. le professeur-agrégé Puech

Extraction du fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses. — Siège engagé à mi-excavation. — Echec de la manœuvre de Pinard. — Echec du lacs. — Insuccès des tractions inguinales classiques. — Réussite facile par le procédé de M. Puech.

Mme C..., 30 ans, primipare, domiciliée avenue de Toulouse, m'est adressée par mon confrère et ami, le docteur Battle, au commencement du neuvième mois de sa grossesse. C'est une femme grande et forte, sans antécédents personnels ou héréditaires intéressants.

Les dernières règles ont eu lieu du 3 au 7 décembre 1895. Depuis lors la grossesse a évolué normalement, et tout semble faire prévoir un accouchement heureux. Mais en procédant à l'examen obstétrical pour me rendre compte de l'attitude du fœtus, je constatai que le fœtus, vivant, était en présentation du siège décomplété, mode des fesses, le dos tourné à gauche ; le siège me parut même engagé légèrement au détroit supérieur. Il y a très peu de liquide amniotique. L'exploration du bassin ne fait reconnaître rien de particulier en dehors de l'épaisseur et de la résistance du plancher périnéal.

En raison de l'état de primiparité de la mère, de son âge, du défaut de souplesse du périnée, le mode de présentation du fœtus, déjà par lui-même si défavorable, était ici plus particulièrement à redouter. Aussi je crus devoir essayer de transformer cette présentation du siège en présentation de l'extrémité céphalique, et dès le lendemain je me rendis dans ce but chez ma cliente. Mais, que ce soit à cause du léger degré d'engagement du siège, de la faible quantité du liquide amniotique, ou encore du manque de bonne volonté de la patiente, qui ne permit guère de prolonger mes manœuvres, je ne pus arriver à bien mobiliser le siège et mes tentatives de version externe restèrent sans résultats. Dans les deux examens que je fis au cours du mois qui s'écoula avant l'accouchement, je constatai chaque fois que l'enfant avait conservé la même situation dans l'utérus.

Le 13 septembre, dans la soirée, apparition des premières douleurs. A minuit, la sage-femme qui m'assistait, Mlle Trusson, constata que la dilatation du col était comme une pièce de un franc et la poche des eaux rompue. Le siège, qui plonge fortement dans l'excavation, est facilement reconnaissable. Les douleurs sont assez fortes et régulières. A 5 heures, la dilatation étant presque complète, on me fait prévenir.

A 6 heures moins le quart, quand à mon tour je procédai à l'examen, je trouvai la dilatation complète, le siège en S. I. G. A. bien engagé mais encore éloigné du plancher périnéal. Les bruits du cœur du fœtus sont bien frappés.

Après avoir fait mettre la parturiente en position obstétricale, je tentai l'abaissement prophylactique du pied antérieur par la manœuvre de Pinard ; mais ce fut sans succès. Comme, en somme, il n'y avait pas d'indication pressante à intervenir, nous attendîmes, espérant que le siège se dégagerait spontanément, ou, sinon, qu'il s'abaisserait suffisamment, pour qu'on puisse aller accrocher le pli inguinal.

Vain espoir. Au bout de 2 heures d'attente, les progrès de descente du siège étaient insignifiants ; la parturiente s'épuise en efforts inutiles, d'autre part les battements du cœur fœtal sont moins bien perçus. L'extraction s'imposait donc.

J'essayai tout d'abord les tractions inguinales. Mais c'est à peine si je parvins à faire pénétrer dans le pli de l'aine antérieure la dernière phalange de l'index : je ne pus assez engager le doigt pour exercer en ce point des tractions suffisantes.

Je m'adressai alors au lacs. N'ayant pas à ma disposition d'instrument spécial, je cherchai avec les doigts à insinuer le galon de fil dans le pli de l'aine : sans trop de peine, l'extrémité du lacs fut portée derrière la symphyse pubienne au niveau du pli inguinal ; mais quand avec l'index et le médius de l'autre main dirigés dans le sillon inter-crural, je voulus l'attirer en bas, je ne pus y parvenir.

*Au cours de cette manœuvre, l'extrémité de l'index glissé dans le sillon inter-crural vint rencontrer au-dessus du pli de l'aine l'extrémité de l'index de l'autre main qui avait conduit le lacs entre la symphyse pubienne et le fœtus, et que j'avais laissé en place. Accolant alors énergiquement l'un contre l'autre le bout de mes deux doigts, je formai ainsi une anse digitale embrassant solidement le pli de l'aine.*

Dès lors, en faisant coïncider mes tractions avec les contractions de l'utérus et les efforts de la parturiente, j'arrivai assez facilement à extraire le siège.

Le dégagement du tronc et de la tête ne présentèrent rien de particulier.

L'enfant très vigoureux se mit tout de suite à crier.

Délivrance normale. Suites de couches sans incidents.

## Observation IV

(Inédite).

Communiquée par M. le professeur-agrégé Puech.

Extraction du fœtus en présentation du siège, mode des fesses. — Siège à mi-excavation. — Echec de la manœuvre de Pinard et des tractions inguinales classiques. — Extraction par le procédé de M. Puech.

Lucie T..., 32 ans, entrée le 2 novembre 1896 dans le service de M. le professeur Grynfeltt, suppléé par M. le professeur-agrégé Puech. Cette femme, enceinte pour la première fois, est arrivée à la fin du huitième mois.

Syphilis antérieure probable (chute des cheveux, enrouement).

La grossesse a évolué jusque-là sans accident.

L'examen obstétrical, pratiqué le lendemain de son entrée, montre que le fond de l'utérus se trouve à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, qu'il existe une tension considérable de la paroi utérine due à l'existence d'une hydropisie de l'amnios : on a, en effet, très nettement la sensation de flot. Par suite de cette tension de l'utérus il est difficile de se rendre compte de la présentation du fœtus. Les bruits du cœur sont entendus à gauche et au-dessous de l'ombilic. Par le toucher vaginal on trouve le col situé en arrière et en bas ; dans le cul-de-sac antérieur on sent une partie fœtale dure, arrondie, élevée, mais peu mobile et qui paraît être la tête ; le promontoire est accessible, le bassin semble généralement rétréci.

Le 5 novembre, à 8 heures du matin, apparition de quelques vagues douleurs, qui continuent toute la soirée. Le 6 novembre, à 7 heures du matin, la femme est examinée par M. Puech, qui trouve le col dilaté comme une pièce de 2 francs et constate qu'il s'agit nettement d'une présentation du siège décomplété,

mode des fesses, en G A ; la poche des eaux est rompue depuis la veille à midi.

La dilatation marchant très lentement et n'ayant pas, à 9 h. du soir, des dimensions guère supérieures à celles d'une pièce de 2 fr., M. Puech applique le dilatateur à trois branches de M. Tarnier. A minuit, la dilatation est à peu près complète. Le dilatateur à trois branches est retiré et en prévision de manœuvres possibles d'extraction, et pour les rendre plus faciles, on met dans le vagin un ballon de Champetier de Ribes, que l'on distend au maximum. A 1 heure du matin, le siège est descendu dans l'excavation, mais reste encore à une certaine distance du plancher périnéal. Il y a, à ce moment, inertie utérine à peu près complète, l'enfant a évacué son méconium et les bruits du cœur commencent à être irréguliers.

M. Puech se décide alors à pratiquer l'extraction du fœtus ; la femme est anesthésiée et, après avoir introduit dans le vagin la main tout entière, on tente, mais sans succès, la manœuvre de Pinard. Sur l'invitation de M. Puech, M. Lavergne, chef de clinique, essaie d'extraire le fœtus par des tractions inguinales, mais ses tentatives ne sont pas davantage couronnées de succès, le doigt ne pouvant pénétrer assez profondément au-dessus du pli de l'aine.

Séance tenante, M. Puech exécute l'extraction du fœtus en ayant recours à la manœuvre de l'accrochement bi-digital de l'aine antérieure qu'il venait d'appliquer deux mois auparavant dans l'observation précédente.

L'extraction du tronc fut rendue difficile par suite du relèvement des bras, de même la sortie de la tête dernière, retenue au détroit supérieur rétréci, ne put s'opérer avec la rapidité désirable. Au cours de ces dernières manœuvres, l'enfant, jusque-là vivant, succomba.

Cet enfant, du sexe féminin, pesait 2.300 gr. et mesurait 45 cent. La délivrance s'opéra, sans incident, 20 minutes plus

tard. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

### Observation V

(Inédite)

Communiquée par M. le docteur Guérin, chef de clinique obstétricale

Extraction du fœtus en présentation du siège, mode des fesses. — Siège profondément engagé. — Echec de la manœuvre de Pinard, malgré deux tentatives. — Extraction par le procédé de M. Puech.

A... Gabrielle, 18 ans, primipare, entrée en travail dans le service de la clinique obstétricale, le 10 octobre 1897. Les douleurs ont apparu ce jour-là à midi.

Le 11, au matin, l'ouverture de l'orifice externe a la dimension d'une pièce de 50 centimes ; le soir, elle avait atteint celle d'une pièce de 1 franc. Les douleurs, assez vives dans la nuit du 11 au 12, deviennent presque continues à partir de 7 heures du matin. A 10 heures 1/4, la dilatation est plus grande qu'une pièce de 2 francs, mais n'a pas atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

La partie fœtale qui se présente sous l'aspect d'une tumeur volumineuse et assez dure est très peu engagée et même encore mobile. La poche des eaux fait une saillie considérable ; aussi, ne peut-on reconnaître exactement la présentation. L'auscultation montre que les bruits du cœur fœtal sont bons ; ils sont perçus sur une ligne qui va de l'ombilic à l'éminence pectinée gauche et assez bas.

La dilatation se fait maintenant rapidement : à 11 heures 10, elle est comme 5 francs ; à midi 25, elle atteint les dimensions de la paume de la main et, vingt minutes plus tard, à midi 45, elle était complète.

La rupture de la poche des eaux s'est faite spontanément à midi 35 ; à ce moment-là, l'exploration de la partie fœtale

permet de reconnaître que l'on a affaire à une présentation du siège décomplété, mode des fesses, en S. I. G. A.

Le siège est profondément engagé ; du méconium s'écoule hors des organes génitaux de la femme. A deux reprises, M. Guérin tente la manœuvre de Pinard ; mais ses essais n'ont pour résultat que de transformer la position antérieure en position transverse. On attend alors ; mais, le dégagement ne s'effectuant pas et l'enfant souffrant, M. Guérin pratique l'accrochement bi-digital de l'aine antérieure, tel qu'il a été préconisé par M. Puech. Il peut, ainsi, opérer de très fortes tractions, grâce auxquelles s'effectue le dégagement de la hanche antérieure. L'extraction du tronc et de la tête s'opérèrent sans incident ; à 1 heure 10, l'accouchement était terminé.

L'enfant, du sexe féminin, est vigoureux ; son poids est de 3k. 075. Délivrance spontanée. Déchirure du périnée de 2cent.; deux points de suture. Suite de couches normales.

## CONCLUSIONS

I. — Les nombreux procédés destinés à opérer l'extraction du fœtus en présentation du siège, mode des fesses, sont instrumentaux et manuels.

II. — On devra toujours donner la préférence aux procédés manuels. Ce n'est que dans les cas où ils ont échoué, ou lorsqu'on a affaire à un fœtus mort, qu'on sera autorisé à s'adresser aux procédés instrumentaux.

III. — Le procédé de l'abaissement du pied proposé par M. Pinard constitue le procédé de choix. Il est toujours applicable, quel que soit le degré d'engagement du siège, et ne présente aucun danger : il devra donc toujours être tenté.

IV. — Il faut s'attendre cependant à avoir des échecs dans un certain nombre de cas ; plus particulièrement lorsque le siège est enfoncé dans l'excavation.

V. — Alors on aurait recours aux tractions inguinales. Mais pour avoir un point d'appui suffisant, pour réussir avec le doigt crochetant l'aine antérieure suivant le mode classique, il est indispensable que le fœtus soit déjà profondément engagé. au point que le pli de l'aine dépasse ou tout au moins affleure le bord inférieur du pubis.

VI. — Il existe donc un certain nombre de cas dans lesquels

l'engagement du fœtus, suffisant pour rendre malaisée l'exécution du procédé de Pinard, n'est pas néanmoins encore assez prononcé pour permettre une saisie efficace du pli de l'aine avec le doigt, disposé suivant les règles ordinaires. C'est dans ces cas, croyons-nous, que le procédé de l'*accrochement bi-digital de l'aine antérieure*, proposé par M. Puech, peut rendre d'utiles services.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 13 juillet 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*